

ハッピー愛ランド・ケア講座 実務者研修（通信課程）

第19・20・21期 受講申込書

（希望期を○で囲んでください。）

令和 年 月 日

社会福祉法人北信福祉会  
理事長 上西 和子 殿

1. 受講申込者氏名	(カナ)
2. 生年月日	( 歳)
3. 性別	
4. 現住所	〒 -
5. 自宅電話番号	
6. 携帯電話番号	
7. 勤務先名	
8. 勤務先部署名	
9. 勤務先住所	〒 -
10. 勤務先電話番号	
11. 介護経験年数	年 月 (令和6年3月末日現在)
12. 資格等 該当する項目 □に ✓を入れてください。 修了証のコピーを添付 してください。	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員養成研修2級課程 (ホームヘルパー2級) <input type="checkbox"/> 認知症実践者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修 <input type="checkbox"/> 無資格者

上記の者の受講を承認いたします。

施設名 : \_\_\_\_\_

役職名 : \_\_\_\_\_

所属長氏名 : \_\_\_\_\_ (公印)

申込方法	
メールの場合	<a href="mailto:hokushin-kaigojinzai@shirt.ocn.ne.jp">hokushin-kaigojinzai@shirt.ocn.ne.jp</a>
FAXの場合	024-552-1772
郵送の場合	〒960-0103 福島県福島市本内字西河原 5-76 社会福祉法人 北信福祉会 介護人材養成事業部 宛
持参の場合	電話連絡 (024-552-1775) のうえ 郵送場所にご持参ください

受付担当印	受付年月日